Министерство здравоохранения Московской области

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Московской области
Московский областной научно-исследовательский
клинический институт им. М.Ф. Владимирского

Факультет усовершенствования врачей

«УТВЕРЖДАЮ»
Декан факультета
усовершенствования врачей
ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
профессор **Б.В. Агафонов**
Протокол №2 от 02.07.2013 г.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ В КАРДИОЛОГИИ

Учебное пособие

Москва
2014

В учебном пособии представлены сведения о разнообразных психических расстройствах, возникающих на фоне сердечно-сосудистой патологии. Подробно рассмотрены особенности психопатологической симптоматики у больных с сосудистой и кардиальной патологией в зависимости от стадии развития процесса. Показана роль психоэмоционального фактора в возникновении функциональных нарушений сердечно-сосудистой деятельности.

Пособие предназначено для врачей общей практики, терапевтов, кардиологов, неврологов, психиатров и психотерапевтов.

Авторы:
Л.А. Подрезова – профессор кафедры терапии ФУВ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, профессор кафедры психиатрии ФУВ РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д-р мед. наук, профессор
Т.Р. Маркина – доцент кафедры терапии ФУВ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Рецензент:
Е.В. Болотин – доцент кафедры пульмонологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

ISBN 978-5-98511-245-0

Болезни сердечно-сосудистой системы – одна из основных причин заболеваемости и смертности в мире. Согласно данным, полученным от общероссийской общественной организации «Лига здоровья нации», от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) ежегодно в мире умирает около 17 млн человек. В России, по данным Госкомстата, в 2007 г. от ССЗ погибли 1 232 182 человека. Лидирующее место среди ССЗ занимают ишемическая болезнь сердца (49,3%) и цереброваскулярные заболевания (35,3%), на долю которых приходится почти 85% всех смертей от ССЗ. Цереброваскулярные заболевания представлены в основном мозговыми инсультами, смертность от которых составляет 84,6%. Из каждых 100 тыс. человек только от инфаркта миокарда умирает 330 мужчин и 154 женщины, от инсульта – 204 мужчины и 151 женщина.

Наш клинический опыт показывает, что ССЗ часто сопровождаются разнообразными психопатологическими проявлениями. Психические расстройства развиваются на фоне основного заболевания и являются одним из его проявлений. В психиатрии их принято описывать в разделе симптоматических психозов. Вместе с тем достоверных сведений о распространенности симптоматических психозов у лиц с ССЗ нет. Это связано, во-первых, с отсутствием единства взглядов на их клинические границы, и во-вторых, с тем, что бóльшая часть больных с соматогенными психическими нарушениями (включая даже психозы) находятся в стационарах общемедицинского профиля. В тех случаях, когда ССЗ протекают длительное время, практически у каждого больного можно обнаружить те или иные психопатологические расстройства.

В патогенезе возникновения психопатологической симптоматики значение имеют нарушение мозгового кровообращения, гипоксия мозга, интоксикационные воздействия, а также рефлекторные влияния. Характер соматической патологии решающим образом воздействует на отдельные патогенетические механизмы, определяя динамику, оттенки и прогностическое значение психопатологической симптоматики. В свою очередь, в ряде случаев психопатологические расстройства могут оказывать определенное влияние на течение соматической патологии. Таким образом, существует определенное взаимодействие соматических и психических проявлений, зачастую требующих совместного наблюдения и лечения больных ССЗ терапевтом и психиатром.

Психические нарушения, развивающиеся у больных с сосудистой и сердечной патологией, имеют определенные различия. Так, в клинике психопатологических нарушений, осложняющих течение сердечных

заболеваний разного генеза, преобладают эмоциональные нарушения: тревога, страх, эйфория, апатия, депрессия. Такая эмоциональная насыщенность болезненных проявлений обеспечивается богатством рефлекторных связей сердца с подкорковой областью. Наиболее типичным признаком кардиогенных психозов является аффект тревоги, страха, который связывается с болевым синдромом и изменениями в коронарных сосудах. Степень аффективных проявлений коррелирует с остротой и внезапностью развития кардиальной катастрофы. При хронических, медленно прогрессирующих сердечных заболеваниях отмечаются состояния депрессии, эйфории или апатии.

Одной из особенностей психопатологических картин при заболеваниях сердца является наличие астенического фона. В каком бы эмоциональном состоянии больные ни находились, они быстро устают при физической и интеллектуальной нагрузке, долго не могут ни на чем сосредоточить внимание. У них часто отмечаются нарушения сна (трудности при засыпании, прерывистый тревожный сон с частыми пробуждениями, кошмарные сновидения), а при пробуждении они не чувствуют себя отдохнувшими. Нередко больные описывают свои ощущения при засыпании как чувство «проваливания». Проснувшись, они не сразу осмысливают ситуацию, что приводит к невольному нарушению постельного режима (например, могут встать в первые сутки после перенесенного тяжелого инфаркта). Характерны разнообразные формы нарушения сознания (онейроидные состояния, сумеречные расстройства). Реже возникают бредовые идеи, обычно ипохондрического характера без генерализации бреда.

При **инфаркте миокарда**, в соответствии с соматическими изменениями, выделяют психопатологию продромального периода, периода манифестации и периода реконвалесценции. Выраженные психотические состояния, как правило, кратковременны и чаще развиваются в остром периоде. Патогенетические механизмы острых нарушений психической деятельности, развивающиеся в раннем периоде инфаркта миокарда (в том числе и доклиническом), очень сложны. Они слагаются из явлений гипоксии, рефлекторных влияний, идущих из очага некроза миокарда на центральные уровни, следующих за ними нарушений мозгового крово-обращения по ишемическому типу. Совокупность указанных нарушений и служит причиной возникновения психических расстройств.

В продромальном периоде, еще до наступления болевых расстройств, могут появляться изменения настроения с тревогой, предчувствием беды, смутным ожиданием того, что может случиться что-то непредвиденное,

непредсказуемое, плохое. У некоторых пациентов отмечается в это время повышенная моторная активность. Они становятся суетливыми, в предчувствии катастрофы мечутся, не находя себе места и не осмысливая до конца своего поведения.

В остром периоде инфаркта миокарда иногда возникает состояние помраченного сознания по типу оглушения различной степени выраженности, начиная от обнубиляции и заканчивая сопором и комой. Бывают делириозные помрачения, а также сумеречные расстройства сознания, что особенно характерно для людей пожилого возраста, у которых инфаркт миокарда формируется на фоне гипертонической болезни и атеросклероза сосудов головного мозга. Расстройства сознания при инфаркте миокарда обычно недлительные (минуты, часы, 2-5 суток).

Для инфаркта миокарда астеническая симптоматика очень характерна. В остром периоде преобладает соматогенная астения. С течением времени в клинике заболевания начинает доминировать симптоматика, связанная с воздействием психогенного фактора, а именно реакция личности на такую тяжелую ситуацию с угрозой жизни, как инфаркт миокарда. При этом невротические психогенные реакции личности начинают тесно переплетаться с воздействием собственно соматогенного фактора. Благодаря таким изменениям непсихотические синдромы носят смешанный характер: они приближаются то к чисто невротическим, то к неврозоподобным с их полиморфизмом, нестойкостью и рудиментарностью.

Невротические реакции при инфаркте миокарда по большей части зависят от преморбидных особенностей. В результате такой зависимости невротические реакции подразделяются на кардиофобические, тревожно-депрессивные, депрессивно-ипохондрические, реже – истерические и анозогнозические.

При возникновении кардиофобических реакций у больных отмечается доминирование страха перед повторным инфарктом миокарда и возможной смертью. Такие больные становятся чрезмерно осторожными, сопротивляются любым попыткам врача расширить режим физической активности, пытаются сократить до минимума всякие физические действия. На высоте страха у больных с кардиофобическими реакциями возникают вегетативные проявления, такие как потливость, сердцебиение, чувство нехватки воздуха, дрожь во всем теле.

Тревожно-депрессивные реакции проявляются чувством безысходности, пессимизмом, беспокойством, зачастую двигательным. Депрессивно-ипохондрические психические реакции характеризуются

тем, что больные постоянно фиксируют внимание на своем соматическом состоянии, значительно переоценивая его тяжесть. При этом они предъявляют многочисленные соматические жалобы, в основе которых могут быть выраженные сенестопатии. Иногда развивающиеся анозогнозические реакции весьма опасны: больные начинают относиться с пренебрежением к своему состоянию, нарушать режим, игнорировать медицинские рекомендации. В отдаленном периоде инфаркта миокарда у больного может наблюдаться патологическое развитие личности, преимущественно фобического и ипохондрического характера.

Характерным для болевого приступа считается резкое моторное беспокойство, аналогичное тому, как это бывает в эректильной фазе шока. У одних больных психические нарушения проявляются тревогой, страхом с бессмысленными попытками куда-то идти, у других острый период инфаркта миокарда сопровождается состоянием маниакального возбуждения. Повышенная двигательная активность сочетается с веселым настроением, отсутствием критики к тяжести соматического заболевания, вплоть до полной убежденности в отсутствии соматической патологии и прежде всего инфаркта миокарда. Больные категорически отказываются выполнять постельный режим, пытаются оказывать помощь медперсоналу по уходу за другими пациентами. В ответ на замечания о необходимости соблюдения режима возмущаются, требуют немедленной выписки. Возникновение психических нарушений в остром периоде можно связать с возникшей гипоксией мозга.

В остром и подостром периодах могут наблюдаться мучительные психические расстройства, заключающиеся в нарушении схемы тела. Больные говорят о том, что у них появляется ощущение изменения собственного тела: чаще всего это чувство удлинения или укорочения конечностей. Дереализация проявляется в ощущении, что окружающее поблекло, потеряло чувственную окраску, время течет медленно. Как правило, эти явления наблюдаются на фоне легкого оглушения или состояния с обильными сенестопатическими расстройствами (ощущения ползания мурашек, жжения, покалывания и т.п.). Из других психических расстройств наблюдаются явления двойной ориентировки: больным кажется, что они находятся то дома, то в больнице. Реже возникают бредовые идеи отношения, при которых больные начинают утверждать, что их родственники, медперсонал, другие пациенты к ним плохо относятся, и в подтверждение своих слов приводят конкретные примеры. При выходе из острого или подострого состояния в начале выздоровления длительное время наблюдаются явления общей астенизации

с истощаемостью внимания, снижением побуждений, психической и физической вялостью. Эти расстройства фиксируются в условиях стационара. В поликлинической практике у больных, перенесших инфаркт миокарда, выявляются психические нарушения, которые можно рассматривать как реакцию на перенесенный приступ.

Формы реагирования тесно связаны с преморбидными особенностями личности. Описаны три варианта реагирования (В.А. Райский, 1982). К первому типу относятся спокойные, настойчивые в достижении цели, уверенные в себе люди. У них инфаркт миокарда развивается, как правило, на фоне психического и физического переутомления. В течение ближайших 2-3 лет после перенесенного инфаркта примерно в 1/3 случаев происходит изменение поведения, выражающееся в несвойственном ранее этим больным сверхценном отношении к своему здоровью, стремлении избегать конфликтов, физических перенапряжений. В остальных случаях выявляются разной степени выраженности невротические расстройства в виде астении, неустойчивости настроения, нарушений сна, тревожных опасений за работу сердца. Больные со вторым типом реагирования отличаются тревожностью, раздражительностью, неустойчивостью настроения, однако они не выходят за рамки акцентуированной личности и не препятствуют социальной адаптации. У этих больных нередко отмечаются экзогенные вредности (курение, алкоголизация и пр.), длительные психотравмирующие ситуации (семейные неурядицы, конфликтные отношения на работе, психоэмоциональное напряжение).

После перенесенного инфаркта психические нарушения часто приобретают характер стойких невротических расстройств. Они проявляются в выраженной астении, заметном усилении свойственной ранее больным эмоциональной неустойчивости, раздражительности, тревожности. Наблюдается возникновение стойких ипохондрических идей, фиксация на любых интероцептивных сигналах из области сердца, снижение настроения, появление сомнений в бытовой и социальной реабилитации. Почти постоянно имеют место нарушение сна и вегетососудистые нарушения (лабильность артериального давления (АД), дыхательная аритмия, повышенная потливость, головные боли). Нередко возникают пароксизмальные вегетативные нарушения в виде кризов симпатико-адреналового характера (умеренное повышение давления, сердцебиение, ознобоподобный гиперкинез, потливость, вазомоторные нарушения, учащенное мочеиспускание и т.п.). Динамика психических нарушений проявляется от невротических реакций в предынфарктном состоянии до стойких и выраженных невротических расстройств с преобладанием в

постинфарктном периоде ипохондрической и депрессивной симптоматики. Третий тип реагирования наблюдается у больных, отличающихся патологическим складом: это лица психопатически возбудимого и психастенического типов. Первые характеризуются повышенной возбудимостью, вспыльчивостью, гневливостью, брутальностью аффекта, вторые – нерешительностью, постоянными сомнениями, неуверенностью в себе. В постинфарктном периоде состояние этих больных, как правило, значительно ухудшается. Заостряются присущие им патологические личностные черты, формируется депрессивно-ипохондрический синдром. Снижение настроения с формированием излишней фиксации внимания на ощущениях в области сердца, при которых больные стремятся перевести себя на постельный режим, сочетается с нарастающей вялостью, сужением круга интересов, понижением активности. У больных с возбудимыми чертами характера пониженное настроение приобретает оттенок злобной раздражительности, наблюдается излишняя придирчивость, конфликтность, крайний эгоизм, себялюбие. У психастеников усиливается нерешительность, чувство недовольства собой, возникают трудности в социальной и трудовой адаптации.

При инфаркте миокарда, который протекает без болевого синдрома, зачастую возникает состояние внезапно наступившей тревоги, тоски. При этом депрессивное состояние может напоминать витальную депрессию, что является характерным для людей пожилого возраста. Тревожная депрессия обычно возникает во время болевого приступа инфаркта миокарда. Она опасна возможностью суицидальных действий больного. В случае ухудшения соматического состояния тоскливо-тревожная симптоматика может смениться эйфорией, что весьма рискованно в силу неадекватного поведения больного.

При **стенокардии** поведение больных может быть разнообразным в зависимости от ее формы. Во время приступа чаще всего возникает испуг, достигающий в ряде случаев состояний выраженного страха. Кроме того, у больных отмечается двигательное беспокойство со стремлением встать и ходить. У некоторых людей, наоборот, возникает неподвижность, опасение сделать хотя бы какое-то движение. В периоды между приступами характерны симптомы в виде сниженного настроения с неустойчивостью аффектов, т.е. эмоциональная лабильность, повышенная раздражительность. Отмечаются нарушения сна, который становится тревожным, чутким и зачастую сопровождается тягостными, устрашающими сновидениями. Могут также возникать слабовыраженные

астенические реакции, необоснованно появляющееся состояние страха и тревоги. Иногда наблюдаются истероформные черты поведения с прогрессирующим эгоцентризмом, стремлением привлечь к себе внимание окружающих, вызвать сочувствие и участие с их стороны, склонность к демонстративности. Нередко возникают фобические состояния, проявляющиеся чаще всего в виде кардиофобии с постоянным ожиданием очередного приступа стенокардии и страха перед ним.

Для больных с атеросклерозом венечных артерий сердца характерны сниженное настроение, астенические реакции с непостоянством аффектов, иногда возникающие резко выраженные реакции раздражительности. У многих появляется расстройство памяти, снижается работоспособность, расстраивается активное внимание, наблюдается повышенная утомляемость. Довольно часто формируются повышенная ранимость, обидчивость, состояние внутренней напряженности, расстройства сна различного характера, но по большей части с ранним просыпанием от чувства тревоги. У некоторых больных возникает своеобразная эйфория в сочетании с суетливостью, многоречивостью. При таком типе эйфории больные зачастую переоценивают свои физические и интеллектуальные возможности. Встречаются также психопатоподобные формы поведения, которые приближаются либо к истероформным, либо к эксплозивности, чередующейся с приступами дисфории, либо характеризуются тревожно-мнительными особенностями.

Психические нарушения, развивающиеся на фоне **острой сердечной недостаточности**, характеризуются расстройством сознания в виде легкого оглушения, которое проявляется в затруднении восприятия и переработки информации. Больные не сразу воспринимают вопросы и осознают их смысл, ответы дают неполные, произнося их с трудом. Характерно колебание глубины помрачения сознания. При легких формах расстройства сознания, т.н. обнубиляции, у больных отмечается повышенная физическая и психическая утомляемость. Астенические расстройства сочетаются с повышенной раздражительностью – гиперестезией (непереносимостью к обычным раздражителям – звуку, шуму, свету, запахам и пр.).

При **хронической сердечной недостаточности** психические нарушения чаще всего носят невыраженный характер, периодически то усиливаются, то исчезают совсем. Как правило, тяжесть психических нарушений зависит от соматического состояния больных. При хронической сердечной недостаточности, ухудшении соматического состояния появ-

ляются апатия, безынициативность, когнитивные расстройства в виде трудностей при сосредоточении и концентрации внимания, ухудшение запоминания и воспроизведения конкретных событий и явлений.

Частота психических нарушений у больных с органическими заболеваниями сердца обусловливается, в частности, представлениями о том, что нарушения сердечной деятельности являются угрозой для жизни. Были попытки установить специфические особенности психических изменений при разных анатомических типах пороков сердца. С начала XX в. основное внимание психиатров, занимающихся данной проблемой, было обращено на изучение психозов при органических заболеваниях сердца с явлениями сердечно-сосудистой недостаточности. Описывались различные психопатологические состояния, преимущественно типа экзогенных реакций: состояния помрачения сознания, кататоноподобного ступора (Е.К. Краснушкин). Вместе с тем значительно чаще у больных с органическими заболеваниями сердца, в том числе и с пороками, встречаются нерезко выраженные (пограничные) психические нарушения, а также изменения личности. У больных с компенсированными пороками сердца наблюдаются астенические состояния с раздражительностью, периодическими нарушениями сна, тревожностью, опасениями за состояние сердца. У больных с декомпенсированными пороками астенические расстройства более выражены, они проявляются апатией, гипотимией, бессонницей, ночными кошмарами, ипохондрией. У детей и подростков с рано сформировавшимся пороком сердца обычно наблюдаются признаки отставания в физическом развитии, более позднее появление пубертатных изменений.

Психические нарушения у лиц с органическими заболеваниями сердца можно разделить на две группы: к первой относятся синдромы нервно-психических нарушений, куда входят астенические состояния, неврозоподобные и невротические расстройства, патологическое развитие личности, ко второй – состояния, обусловленные органическим поражением головного мозга: психоорганический и эпилептиформные синдромы. Астенические состояния при приобретенных пороках сердца делятся на две основные группы: астенические, обнаруживающие сходство с неврастенией (неврастеноподобные), и церебростенические. Неврастеноподобные астенические состояния наблюдаются в двух вариантах: с преобладанием синдрома раздражительной слабости и гипостенический синдром.

Интенсивность и разнообразие нервно-психических расстройств колеблются в больших пределах. Жалобы больных усиливаются по мере

ухудшения общего состояния – от относительной компенсации в сторону декомпенсации сердечно-сосудистой деятельности. Эмоциональное состояние отличается преобладанием пониженного настроения с раздражительностью, несдержанностью, сензитивностью. Изредка могут наблюдаться кратковременные вспышки гневливости, обычно заканчивающиеся слезами. Характерны разнообразные вегетативные расстройства, среди которых наиболее часто встречаются жалобы на головную боль, головокружение, ощущения шума, звона в голове, потемнение в глазах, неустойчивость пульса, чувство жара и «прилива» к голове. Вазомоторные реакции чрезвычайно лабильны. Отмечается извращенный характер сердечных рефлексов: Ашнера, орто- и клиностатического. Головные боли чаще стойкие, тупые, диффузные. Они усиливаются в ночное время, когда больные находятся в постели и при наклоне головы. Основной причиной головных болей является венозный застой в сосудах головы. Реже больные жалуются на острые боли с преимущественной локализацией в височных областях. Помимо вазовегетативных нарушений у многих больных наблюдаются и другие вегетативные расстройства: вялость кишечника, тошнота, рвота, не связанные с диспепсическими явлениями, общий и локальный гипергидроз. Вегетативные нарушения в основном носят постоянный характер. Довольно частое проявление – нарушение половых функций: дисменорея, аменорея с ослаблением полового влечения у женщин и понижением сексуального влечения и потенции, преимущественно в форме расстройства эрекции у мужчин. В тесной связи с вегетативной дисфункцией находятся жалобы больных на разнообразные неприятные ощущения типа сенестопатий, преимущественно локализуемые в груди и области сердца, ощущение сжатия, горячей или холодной жидкости в грудной полости, жжения или наоборот замерзания в области сердца.

По мере утяжеления общего состояния, нарастания явлений декомпенсации сердечной деятельности у больных нарастают явления гипостении. При гипостеническом синдроме на первый план выступает резкая утомляемость. Характерны общая слабость, вялость, заторможенность, медленная и тихая речь, монотонный, слабо модулированный голос, малоподвижное лицо. Преобладает пониженное настроение с оттенком апатии. Больные предъявляют значительно меньше жалоб, которые носят пассивный характер. Слабее выражены сенестопатии и различные вегетативные проявления. Больные не проявляют активности, бóльшую часть времени проводят в постели, резко снижено стремление к какой-либо деятельности. При дальнейшем усилении сердечно-сосудистой не-

достаточности, нарастании отеков, увеличении печени у некоторых из них развивается состояние, напоминающее апатический ступор. Больные лежат в постели с застывшим выражением лица и взглядом, устремленным в одну точку, они безучастны к окружающему и своему состоянию. Ночной сон – поверхностный, с частыми пробуждениями.

Встречаются случаи, когда несмотря на тяжелое состояние, больные возбуждены, суетливы, требуют к себе постоянного внимания. При длительном, многолетнем субкомпенсированном пороке сердца с периодическими декомпенсациями астенический синдром подвергается качественным изменениям. Эмоциональные его проявления грубеют, у больных нарастают когнитивные нарушения, сужается круг интересов. Вазовегетативные нарушения могут проявляться кратковременными периодами измененного сознания, возникает или усиливается неврологическая микросимптоматика. Происходит постепенный переход в церебростеническое состояние. Появляется эмоциональная лабильность с несдержанностью, гневливостью, колебаниями настроения. В связи со значительными нарушениями концентрации активного внимания и его большой истощаемостью происходит снижение интеллектуальной продуктивности. Церебростеническим состояниям свойственны некоторые особенности. К ним относятся своеобразные изменения сознания с дереализацией, которые нередко связаны с теми или иными сердечно-сосудистыми нарушениями (экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия). Быстрое купирование таких состояний у некоторых больных вдыханием кислорода позволяет связать их с острой церебральной гипоксией. В ряде наблюдений у больных происходит сдвиг настроения в сторону эйфории. У таких больных не сходит улыбка с лица, они подшучивают над своим состоянием, недооценивают его тяжесть, становятся болтливыми. Иногда эйфория сочетается с повышенным стремлением к деятельности – своеобразное гипоманиакальное состояние. Подобные состояния можно объяснить усилением хронической недостаточности мозгового кровообращения, что соответствует установленному факту развития эйфории при нарастании гипоксии.

Для депрессивно-дистимических расстройств характерно состояние пониженного настроения с оттенком недовольства собой и окружающими, раздражительностью. Истероформные нарушения встречаются редко. Они проявляются в виде психомоторных и вегетативно-моторных приступов. Особенностью истероформных проявлений у больных с пороками сердца является относительная частота вегетативно-моторных

приступов. Обычно они выражаются в резкой одышке, иногда с затрудненным выдохом, напоминая приступы бронхиальной астмы, или в приступах удушья. Нередко приступы протекают на фоне суженного сознания. В отличие от приступов сердечной астмы не наблюдается цианоза, обильных влажных хрипов в легких и других признаков левожелудочковой недостаточности.

При **приобретенных пороках сердца** нередко возникают ипохондрические переживания. Больные сосредоточены на своих ощущениях, наблюдается повышенный интерес ко всему, что так или иначе связано с сердцем, его лечением. Ипохондрическая фиксация на деятельности сердца может сопровождаться кардиофобическими расстройствами: страхом, тревогой, общим беспокойством. Чаще они возникают в связи с нарушением ритма сердечной деятельности. При пороках сердца по сравнению с больными с коронарной недостаточностью, стенокардией и инфарктом, кардиофобические эпизоды менее интенсивны и лишены витальной окраски. Однако у лиц с тревожно-мнительным характером эти эпизоды иногда становятся основой для формирования вторичного психогенного кардиофобического синдрома.

К психосоматическим заболеваниям сердечно-сосудистой системы относятся: ишемическая болезнь сердца, нарушение сердечного ритма, функциональные заболевания сердца, эссенциальная артериальная гипертония, сердечный невроз страха.

Кардиофобический невроз (сердечная фобия, невроз страха, синдром паники) – это страх остановки или заболеваний сердца. Он возникает у лиц с тревожно-мнительными чертами характера. Приступы кардиофобии протекают с беспокойством, страхом, характеризуются тахикардией, повышением АД, глубоким и частым дыханием, обильным потоотделением. Приступ может продолжаться от 5 минут до 1 часа, выражен страх остановки сердца. Создается порочный круг: страх – выброс адреналина – учащенное сердцебиение – страх. Очень часто кардиофобии сопутствуют другие фобии. Различают гиперкинетический сердечный синдром, который характеризуется неопределенными жалобами, психовегетативными симптомами, чувством страха. Дифференциальный диагноз проводится с органическими заболеваниями сердца (врожденными пороками), пролапсом митрального клапана.

Нарушения сердечного ритма. К функциональным нарушениям относятся только нарушения формирования возбуждения (синусовая, суправентрикулярная и пароксизмальная тахикардия, а также приступы

трепетания предсердий, моно- и гетеротропные экстрасистолы). Пароксизмальные суправентрикулярные тахикардии характеризуются сочетанием соматогенных детерминант и психогенных нагрузок. Имеется предрасположенность к приступообразному течению. Пароксизмальная тахикардия (пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия и пароксизмальное трепетание предсердий) возникает как при больном, так и при здоровом сердце; в молодом возрасте наиболее часто ее причиной являются психовегетативные нарушения. Органическая основа выявляется в 30% случаев. У пациентов со здоровым сердцем отмечается тесная связь между появлением приступа и жизненными коллизиями. Приступы часто возникают в периоды внутреннего напряжения и при кумуляции аффекта.

В развитии патологических нарушений проводимости и возбудимости сердца на фоне органического поражения миокарда психоэмоциональные напряжения играют роль пускового фактора. Приступы часто провоцируются ситуационными факторами и конфликтами.

Органически обусловленные экстрасистолии могут усиливаться при эмоциональных перегрузках, и тогда они приводят к повышенной мнительности и ипохондрической переработке. Ощущение нерегулярности сердечных толчков может стать предпосылкой для ипохондрических толкований. Любое нарушение привычного, оптимального сердечного ритма (кратковременное или продолжительное, возникающее внезапно без всяких предвестников или рецидивирующее с определенной периодичностью) неминуемо вызывает у больного страх смерти. Приступы пароксизмальной тахикардии центрального происхождения встречаются преимущественно у вегетативно лабильных лиц астенического телосложения и провоцируются эмоциональным стрессом и физической нагрузкой. Нарушения сердечного ритма, возникающие при отсутствии врожденных или приобретенных заболеваний миокарда и проводящей системы, так или иначе связаны с изменением функционального состояния гипоталамической области, входящей в рецепторную дугу рефлексов, определяющих деятельность сердца. При патологии гипоталамуса (так называемом гипоталамическом или диэнцефальном синдроме) синусовая тахикардия встречается у 80,4% больных, синусовая брадикардия – у 12%, синусовая аритмия – у 5%, пароксизмальная тахикардия – у 1,7% и нарушения проводимости – у 3,7% (Н.К. Боголепов и соавт., 1983). Клинические проявления острых расстройств сердечного ритма при органическом поражении гипоталамической области и корково-подкорковой диссоциации вследствие аффективных перегрузок по существу идентич-

ны; развитие аритмий и их функциональный характер и в том, и в другом случае связывают прежде всего с изменением функционального состояния гипоталамуса при стрессовых ситуациях, в частности при психологическом стрессе (J. Manning, 1986).

Приступая к работе с больным, врач должен оценить преморбидные особенности личности, определить отношение больного к своему состоянию, формы эмоционального реагирования, психический статус. Следует отдавать предпочтение психотерапевтическим методам лечения – рациональной, разъяснительной, косвенно-суггестивной психотерапии. В случаях, когда у больного ведущими симптомами являются тревожные опасения и страх, обусловленные как ухудшением соматического состояния, так и личностно значимыми жизненными ситуациями, необходимо использовать релаксирующий ролевой тренинг, систематическую десенситизацию. Применяется психотерапевтический прием, основанный на регулировании эмоций путем когнитивного контроля. Это помогает пациентам адаптироваться и жить в новых условиях существования, справляться с заболеванием в повседневной жизни. Осознание болезни способствует приобретению медицинских знаний и навыков самоконтроля, необходимых для адекватного поведения, уменьшает уязвимость к внешним воздействиям и улучшает качество жизни. В тех случаях, когда психотерапевтических мероприятий оказывается недостаточно, показаны психофармакологические средства. Следует помнить, что применение психотропных средств у соматических больных требует особой осторожности в силу повышенной чувствительности к побочному действию препаратов, а также неблагоприятного влияния на процессы памяти, внимания, особенно у больных с психоорганическим синдромом.

Лечение больных, страдающих сердечно-сосудистой патологией с психическими нарушениями, может быть успешным лишь при тесном взаимодействии терапевта и психиатра и учете особенностей фармакодинамики используемых препаратов. Строго индивидуализированное рациональное сочетание базисной терапии соматического заболевания с психокоррекционными мероприятиями и фармакотерапией позволяет достигнуть значительного сокращения сроков пребывания в стационаре, количества дней нетрудоспособности, значительного улучшения течения болезни, микроклимата в палате, нормализации внутрисемейных отношений. Кроме того, ускоряется процесс реабилитации, что подготавливает больного к пребыванию вне больницы, снимается тревога и страх перед выпиской из стационара. В дальнейшем рекомендованная терапия облегчает больному адаптацию, в периоды ухудшения состояния

помогает справляться с возникающими эмоциональными реакциями, сокращая число неоправданных вызовов скорой помощи и обращений в медицинские учреждения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бройтигам В., Кристиан П., Рад М.* Психосоматическая медицина: краткий учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 1999. 374 с.
2. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение / под ред. А.М. Вена. М., 2003. 749 с.
3. *Вознесенская Т.Г.* Хроническая боль и депрессия // Трудный пациент. 2004. №2. С. 40-43.
4. *Захаржевский В.Б.* Физиологические аспекты невротической и психосоматической патологии. Л.: Медицина, 1990.
5. *Захаров В.Н.* и др. Использование пробы с психоэмоциональной нагрузкой при ИБС, гипертонической болезни, нарушениях ритма сердца // Кардиология. 1985. №5. С. 26-29.
6. *Кавтарадзе В.Г.* и др. Изучение эктопической активности сердца под влиянием психологической нагрузки // Кардиология. 1980. №4. С. 22-25.
7. *Краснов В.Н.* Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011. 431 с.
8. *Незнанов Н.Г., Александровский Ю.А., Барденштейн Л.М.* и др. Психиатрия. Клинические рекомендации. М., 2009. 493 с.
9. *Смулевич А.Б.* Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: МИА, 2003. 432 с.
10. *Смулевич А.Б.* Психосоматическая медицина // Психические расстройства в общей медицине. 2007. №1. С. 3-10.
11. *Смулевич А.Б., Фильц А.О., Лебедева М.О.* К проблеме алгопатических состояний. Ипохондрия и соматоформные расстройства. М.: Логос, 1992. С. 40-59.
12. *Тополянский В.Д., Струковская И.В.* Психосоматические расстройства. М.: Медицина, 1986.
13. *Чазов Е.И., Боголюбов В.М.* Нарушения ритма сердца. М.: Медицина, 1972.

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

1. В патогенезе психосоматических заболеваний участвуют:
   а) черепно-мозговая травма
   б) хроническая психотравма
   в) факторы биологического предрасположения

2. Общие признаки психосоматических заболеваний:
   а) острое начало
   б) хронический характер
   в) относительная взаимосвязь с полом
   г) чаще манифестируют в пожилом возрасте

3. Возникновение эйфории у тяжелого соматического больного может быть обусловлено:
   а) улучшением состояния
   б) ухудшением состояния
   в) полом
   г) возрастом

4. У больного 45 лет острый обширный инфаркт миокарда. Какие психические нарушения могут возникнуть в остром периоде?
   а) делириозный синдром
   б) выключение сознания
   в) эйфория
   г) астенический синдром

5. Ипохондрические расстройства обычно сопровождаются:
   а) тревогой
   б) апатией
   в) эйфорией

ОТВЕТЫ

1 – б, в; 2 – б, в; 3 – б; 4 – а, б, в; 5 – а

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Московской области
Московский областной научно-исследовательский
клинический институт им. М.Ф. Владимирского
(129110, Москва, ул. Щепкина, 61/2)

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ В КАРДИОЛОГИИ

Учебное пособие

Редактор: Шахриманьян Л.И.
Корректор: Мачульская Ю.Н.
Оригинал-макет: Ситникова Л.Н.

ISBN 978-5-98511-245-0

9 785985 112450

Подписано в печать 06.12.2013 г. Тираж 200 экз. Заказ 35/13

Отпечатано в ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского